



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1940 - UN EPOC MUY AGUDO

I. Saura García^a, M. Alcázar Artero^a, M.Á. García Chicano^a, C. Barrios Vara^a, I.C. Sánchez López^b, F.Á. Guirao Salinas^b, N. Alba del Pozo^c, C. García Jiménez^c, E.M. Fernández Quijada^d y M.Á. Martínez Navarro^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Flota. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

^eEnfermera. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años, fumador de 35 paquetes/año. Acude a consulta por disnea de esfuerzo de 4 días de evolución, acompañada de tos y escasa expectoración, sin fiebre. En la exploración se encuentra SatO₂ en reposo de 94%. Auscultación pulmonar: disminución global del murmullo vesicular, con sibilantes diseminados. Auscultación cardíaca: rítmica, normal. Ante la sospecha de infección respiratoria aguda prescribimos antibiótico y broncodilatador. Ante la ausencia de mejoría, 4 días después acude a Urgencias hospitalarias, le diagnostican de bronquitis aguda prescribiéndole prednisona, levofloxacino, ipratropio, combinación de fluticasona-sameterol y salbutamol de rescate. Tras finalizar tratamiento antibiótico, el paciente acude a consulta refiriendo encontrarse clínicamente mejor, con menos disnea, presentando saturación de oxígeno de 96% en reposo. Un mes después del inicio del episodio, consulta por nuevo incremento de la disnea a moderados esfuerzos, tos y expectoración amarillenta, y SatO₂ 95% en reposo. Ha dejado de fumar. Auscultación pulmonar con disminución global del murmullo vesicular con roncus y sibilantes espiratorios basales. Se solicita radiografía de tórax y espirometría. Se modifica el tratamiento previo y se prescribe combinación de Bromuro de glicopirronio-indacaterol, budesonida y moxifloxacino. Consulta de nuevo 10 días después por aumentar disnea de mínimos esfuerzos, con saturación de 95% en reposo y de 93% tras leves esfuerzos y a la auscultación sibilantes diseminados. Se deriva a Urgencias hospitalarias para valorar ingreso y estudio por Neumología, ante agudización no controlada en probable EPOC fenotipo mixto EPOC-asma. En Urgencias presenta respuesta errática a la nebulización de salbutamol e ipratropio, con saturación de 89%, por lo que precisa pasar a observación, estabilizándose con BIPAP. Ingresa en Neumología y es dado de alta con broncodilatadores beta-2, anti colinérgicos y corticoides inhalados y orales en pauta descendente. Al alta persiste con mala situación basal con disnea a mínimos esfuerzos pese al tratamiento, por lo que iniciamos teofilina y roflumilast.

Exploración y pruebas complementarias: En Atención Primaria: espirometría no concluyente por mala técnica. Electrocardiograma sin hallazgos patológicos. Radiografía de tórax sin signos de condensación. En Hospital: hemograma y bioquímica normal. Radiografía de tórax (iconografía) con opacidad lineal en la língula compatible con atelectasia subsegmentaria, aumento de los hilos, opacidades lineales en rail de tranvía en base derecha que podrían traducir la presencia de

bronquiectasias. Espirometría con patrón funcional ventilatorio de tipo obstructivo grado muy severo con respuesta positiva a broncodilatador, FEV1 33%. TAC que descarta bronquiectasias.

Juicio clínico: EPOC fenotipo mixto EPOC-asma de grado grave. Reagudización por sobreinfección respiratoria.

Diagnóstico diferencial: EPOC agudizado, bronquitis aguda, insuficiencia respiratoria aguda por broncoespasmo, insuficiencia cardíaca.

Comentario final: Impresiona la severidad del cuadro, en paciente joven y sin diagnóstico previo de EPOC, con descompensación tras agudización por probable sobreinfección y con mala respuesta al tratamiento. Esto nos hace pensar en la importancia de controlar a pacientes fumadores en consulta, para evitar casos como este.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. Vol 1. 4ª edición. Semfyc. Barcelona; 2011.
2. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012;48 Supl 1:2-58.